

## FORMULARIO DE RESPUESTA DEL RECLAMANTE

Claim No.

Creditor Name:

(1) Nombre Completo	Norma I. Jordán Torres
(2) Número de teléfono	787-202-3636
(3) Número de empleado	5-05262
(4) Agencia para la cual trabaja(ó) y fecha. Si usted fue empleado en más de una agencia, por favor identifique la agencia o agencias relacionadas a su reclamación y las fechas en que estuvo empleado por cada agencia.	Departamento de Salud, gobierno de P.R.
(5) Correo electrónico	normaijordan1@gmail.com
(6) Número de seguro social (últimos cuatro dígitos)	4066
(7) Número de caso administrativo o judicial, si aplica.	Incluya número de caso administrativo y/o judicial, si alguno, que haya radicado y que esté directamente relacionado a los beneficios reclamados en la Evidencia de Reclamación (Proof of Claim)  107954
(8) Describa en detalle la naturaleza de su reclamación y los fundamentos por los cuales usted cree que tiene derecho al beneficio reclamado. Incluya páginas adicionales si es necesario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley Retiro En el 1985 plan de retiro Ley 447; 30 años de servicio, 55 años de edad con 75%. Se enmienda; Programa Pre-retiro Voluntario (Ley Núm. 211-2015 y 106-2017) Aprobado.</li> <li>- Derecho/Beneficio: Labor interina (supervisión) En febrero de 2011 inicié funciones como Supervisora Interina hasta julio 2019. Se aprobó diferencial efectivo el 19 de junio 2013. Deuda 2011-2013. Además, el Convenio Colectivo Art. 18 Secc. 1 dice que la función es por 1 año y fungí por 8½ años sin nombramiento oficial, pero si en tareas del puesto. Tampoco se ofreció beneficio de pasos por mérito.</li> <li>- Ley de Retribución Uniforme (El Romerazo) por Escala Salarial a Empleados públicos.</li> <li>- Ley 96 de 2022 que otorgaría \$100 mensuales a empleados públicos, entre otros. (Ley P. Rosello)</li> </ul>

\*\*\* Attach any supporting documentation you may have related to your claim. \*\*\*



## EMPLOYEE RESPONSE LETTER

Claim No.

Creditor Name:

(1) Full Name	
(2) Telephone Number	
(3) Employee Number	
(4) Agency and Dates of Service (if you have been employed by more than one agency, or agencies related to your claim, include dates of employment at each agency).	
(5) Personal Email Address	
(6) Social Security Number (last four digits).	
(7) Case File Number, if applicable	(This includes any administrative and/or judicial complaint you filed in connection with the employee status/benefits requested in your Claim, other than the Title III case.)
(8) Describe in detail the nature and basis of your Claim. <b>Please add additional pages, if needed.</b> Include the nature of the claim and detail the reasons why you believe you are entitled to such benefit/stipend/wage increase/incentive	

\*\*\* Attach any supporting documentation you may have related to your claim. \*\*\*